Aus der Königlichen Psychiatrischen- und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Differentialdiagnose

zwischen

Hysterie und multipler Sclerose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Schürhoff

aus Haspe, Westfalen.

Kiel 1914.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0016

Aus der Königlichen Psychiatrischen- und Nervenklinik zu Kiel.

Zur Differentialdiagnose

zwischen

Hysterie und multipler Sclerose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Erich Schürhoff

aus Haspe, Westfalen.

Kiel 1914.

Druck von H. Fiencke.

No. 45.

Rektoratsjahr 1914/15.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Stoeckel,**

z. Z. Dekan.

In der heutigen Zeit ist durch die verschiedensten Gesetze der Unfall-, Invaliditäts-, Alters- und anderer Versicherungen jedem Erwerbsunfähigen oder durch irgend welche Umstände in der Erlangung seines Lebensunterhaltes Beeinträchtigten die Möglichkeit gegeben, diesen Ausfall mit Hilfe einer Rente in etwas auszugleichen. Da kommt nun Mancher leicht in Versuchung, auf irgend eine Weise in den Besitz einer solchen Rente zu gelangen. Hat auch der größte Teil dieser Rentenanträge gewiß seine Berechtigung, so gibt es doch Leute genug, die sich durch Vorgabe irgend eines Leidens, das sie meistens im Anschluß an einen Unfall erworben haben, die Annehmlichkeiten einer solchen Rente nicht entgehen lassen wollen. Sie suchen dann zur Erlangung eines Attestes den Arzt durch Vorgabe einer Erkrankung, die sie meistens auf nervösem Gebiete angeben, zu täuschen. So kommt der Arzt häufig in die schwierige Lage, ob er den Angaben Glauben schenken oder sie als Täuschungen und Übertreibungen ansehen soll. Sicherlich tritt man einem vielleicht völlig gesund aussehenden Menschen, der mit einem Rentenantrag kommt, mit einem gewissen Mißtrauen entgegen. Doch soll sich der Arzt auf keinen Fall durch irgend welches Vorurteil leiten lassen, sondern sich an der Hand einer genauen Untersuchung, ja oft erst nach längerer Beobachtung über die Richtigkeit seiner Diagnose zu vergewissern suchen. Liegen doch manchen zunächst harmlos aussehenden Symptomen die schwersten

Krankheitsbilder zu Grunde. Besondere Schwierigkeiten inbezug auf die Diagnose bereiten nun manche Nervenkrankheiten, vor allem die Hysterie, die in der Tat mit einer Reihe nervöser Krankheitszustände zur Verwechselung Anlaß geben kann. Hier sollen vor allem die Ähnlichkeiten wie auch besonders die Unterscheidungsmerkmale einer genaueren Betrachtung unterzogen werden, welche die auf funktionellen Störungen beruhende Hysterie mit einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems, der multiplen Sklerose, aufzuweisen hat.

Durch einen Unfall kann ein oft kaum angedeutetes Leiden angefacht, ein schon vorhandenes um ein Beträchtliches verschlimmert werden. Die wahre Natur dieses Leidens nun zu erkennen, bereitet oft die größten Schwierigkeiten. Diese Tatsache bestand auch bei einem Fall, der in der Kieler Nervenklinik zur Begutachtung kam und der hier Erwähnung finden soll. Vorausgeschickt sei, daß der vorliegende Krankheitsfall nach dem Gutachten verschiedener Ärzte als Hysterie angesehen war, während er sich nach genauer, klinischer Beobachtung als multiple Sklerose herausstellte.

Krankengeschichte.

Elisabeth N., 32 Jahre alt, kommt zwecks Begutachtung am 2. V. 13 in die Kieler Nervenklinik.

Anamnese: In der Familie sind keine Nervenkrankheiten vorgekommen.

Vater 70 Jahre alt, lebt, ist gesund.

Mutter nach einer Unterleibsoperation gestorben.

Patientin selbst gesund bis 1905 (Operation eines Unterleibsleidens) nach der Operation gesund, nie Schwindel und Kopfschmerz. Im Jahre 1907 ist sie, 14 Tage nach der Entbindung ihres 2. Kindes, einige Meter vom Baum herunter auf die rechte Seite gefallen. Im Anschluß daran war sie 4 Wochen bettlägerig und kam dann 14 Tage ins Krankenhaus. Nach der Entlassung hatte sie keine Schmerzen, doch konnte sie nicht ordentlich gehen, die rechte Seite war etwas steif. Allmählich ist auch der rechte Arm schwächer

geworden. Der Zustand hat sich von Jahr zu Jahr verschlimmert, sodaß Patientin im 4. Jahre nach dem Unfall nicht mehr arbeiten konnte, da Arm und Bein bei Bewegungen ganz steif wurden.

Status: Patientin kommt allein hinkend zur Aufnahme, wird von Pflegerinnen gestützt ins Untersuchungszimmer geführt, setzt sich steif hin.

Kräftiger Knochenbau, mittlere Muskulatur, mittlerer Ernährungszustand, derbe, arbeitsschwielige Hände, gesunde Gesichtsfarbe.

Gewicht 59,5 kg.

Schädel auf Druck oder Beklopfen nicht empfindlich. Augen frei beweglich, kein Zittern.

Pupillen und deren Reflexe normal.

Facialis beiderseits intakt.

Zunge nicht belegt, wird gerade herausgestreckt, zittert erheblich.

Gaumensegel wird gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex positiv.

Sprache nicht gestört.

Die rechte Hand eine Spur bläulich verfärbt. Beide Arme können bis zur Senkrechten gehoben werden. Beim Ausstrecken der Hände ein ziemlich erhebliches, allmählich stärker werdendes, unregelmäßiges, grobschlägiges Zittern, das bei Ablenkung etwas geringer wird.

Bei passiven Bewegungen begegnet man im Schulter- oder Ellenbogengelenk einen leichten Widerstand rechts; auch in Ruhelage Oberarmmuskulatur rechts straffer als links.

Händedruck rechts etwas schwächer als links.

Beim Finger-Nasenversuch tritt beiderseits grobschlägiges Zittern auf, das sich bei Augenschluß etwas verstärkt. Reflexe der oberen Extremitäten beiderseits sehr lebhaft.

Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar. An beiden Unterschenkeln Krampfadern. In Rückenlage wird das linke Bein bis ca. 90°, das rechte kaum gehoben. Bei passiven Bewegungen im Kniegelenk erheblicher Widerstand.

Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits gesteigert. Fußklonus rechts angedeutet. Babinski deutlich positiv. Beim Gehen schleppt Patientin das rechte Bein stark nach, wickelt die Fußspitze nicht recht ab.

Keine Sensibilitätsstörungen. Puls regelmäßig, 84. Herz- und Lungenbefund normal. Leib aufgetrieben (Patientin ist schwanger im VII. Monat).

Urin: Spur Eiweiß, einige Epithelien der Leukocyten.

3. V. Beklopfen des Oscuboideum ruft rechts isolierte Dorsalbewegung der großen Zehe hervor. Angaben über Lagegefühl im rechten Fuß nicht sicher. Beklopfen der unteren Fläche des Kreuzbeines schmerzhaft, ebendort Hyperästhesie.

5. V. Patientin zeigt ein gleichmäßig ruhiges, nicht affektiertes Wesen. Die Spannungen im rechten Arm und Bein sind unverändert. Deutlich auch die Steigerung der Sehnenreflexe, ebenso Babinski. Leichte Störung des Lagegefühls an sämtlichen Fingern der rechten Hand, ebendaselbst leichte Abstumpfung der Schmerzempfindlichkeit, tiefe Nadelstiche auch hier unangenehm empfunden.

Gang stets, auch bei unauffälliger Beobachtung, gleichmäßig gestört, sehr unsicher; das rechte Bein schleift nach. Patientin muß sich von Zeit zu Zeit festhalten, um nicht zu fallen. Kein Augenzittern. Sprache frei. Stimmung nicht gut.

6. V. Patientin zeigt etwas Zittern des Kopfes, namentlich beim Fingernasenversuch, fühlt sich nicht recht wohl, geht unsicherer als gestern.

Deutlicher Intentionstremor in beiden Armen.

Pinselbewegungen werden heute auf der rechten Seite fast ebenso genau lokalisiert wie links. Spitz oder stumpf wird sehr gut unterschieden; auch auf der rechten Handfläche, in der gestern deutliche Abstumpfung vorhanden. Ebenso im rechten Fuße deutliche Unterscheidung. Auch der Lagesinn heute nicht gestört.

Augenbefund normal; Pupille regelrecht, jederseits Clonus nach unten.

9. V. In den letzten Tagen war das Befinden unverändert. Stets ist der Gang stark behindert, nie hat man den Eindruck, daß Patientin übertreibe. Sie ist in ihrem Wesen etwas gedrückt, aber nicht affektiert.

Hauttemperatur in den Händen rechts 28° Celsius, links 30,9° Cels. Wassermannsche Blutuntersuchung negativ.

10. V. Ungeheilt entlassen.

Im Anschluß an diesen Fall sollen nun die differentialdiagnostischen Unterscheidungsmerkmale der Hysterie und der multiplen Sklerose Erwähnung finden. Da sei es mir erlaubt, zunächst die wichtigsten Kennzeichen dieser beiden Erkrankungen vorauszuschicken.

Bei der Hysterie handelt es sich um ein Seelenleiden, das sich hinter den verschiedensten Krankheitsbildern verbergen kann. Rudolf Meyer bezeichnet sie wohl am treffendsten als ein psychisches Leiden, bei dem es durch krankhafte Störung im Willens- und Vorstellungsleben zu Funktionsanomalien der motorischen und sensiblen Sphäre des Körpers kommt bei gleichzeitigem Fehlen jeglicher organischer Läsion. Entschieden spielt die erbliche Veranlagung bei dem Zustandekommen der Erkrankung eine große Rolle. Vorwiegend in der Jugend vorkommend, befällt sie in den weitaus meisten Fällen das weibliche Geschlecht, doch kann die Beziehung zu den Geschlechtsorganen, von der die Krankheit ihren Namen erhalten und wie sie früher weit überschätzt wurde, nur als auslösender Faktor in Betracht gezogen werden. Die enorme Reizbarkeit der vielleicht sonst gesund scheinenden Personen macht es erklärlich, wie eine Gemütserschütterung, so z. B. Schreck oder Kummer oder aber ein Trauma, die schlummernde Krankheit ins Leben zu rufen vermag. Diese äußert sich nun in den verschiedensten Störungen auf seelischem und körperlichem Gebiet. Was die ersteren betrifft, so treten vor allem Angstgefühl, Stimmungswechsel und halluzinatorische Verwirrtheiten mit Dämmerzuständen in die Erscheinung. In körperlicher Beziehung kommen vor allem die Sensibilitätsstörungen in Betracht, wie sie sich äußern in Schmerzempfindung, Hyper- und Anästhesien. Namentlich die Letzteren sind

durch ihre eigenartige Lokalisation ein charakteristisches Merkmal. So beschränkt sich die Anästhesie niemals auf das Ausbreitungsgebiet eines bestimmten Nervenplexus. Zeigt sie sich oft in Form der Hemianästhesie, indem sie eine gesamte Körperhälfte betrifft, so trifft man sie manchmal auch auf der Kopfhaut, einem Arm, einem Bein oder Arm und Bein beschränkt. Diese Anästhesie verbindet sich meist mit einer Anomalie der Sinnesfunktionen, vor allem einer Einengung des Gesichtsfeldes. Entsprechend der Anästhesie finden wir meistens eine Herabsetzung der Haut- und Schleimhautreflexe; typisch ist das vollkommene Erloschensein des Rachenreflexes. Doch bleiben die Pupillen, Cremaster- und Bauchdeckenreflexe fast stets unbeeinflußt. Als weitere körperliche Störungen sind die der Motilität erwähnenswert, die sich in Krämpfen der verschiedensten Art äußern und zwar aller Muskeln, die unter der Herrschaft des Willens stehen. Im Anschluß an diese Krampfanfälle, wie auch an Trauma und schmerzhafte Zustände, entwickelt sich die sogenannte hysterische Kontraktur, eine durch dauernde Muskelspannung bedingte Fixation der Extremitäten oder eines Abschnittes, z. B. nur Hand oder Fuß oder Arm und Bein einer Seite in bestimmten Stellungen. Sehr häufig finden sich auch Muskelschwächen oder Lähmungen, die stets ganze Gliedmaßen betreffen oder Körperteile, die nach der Vorstellung des Patienten eine Einheit bilden. Sie treten plötzlich im Anschluß an Schmerzen, Krämpfe und Verletzungen auf, bewirken aber stets nur eine Aufhebung der bewußt willkürlichen Bewegungen. Die häufigste der hysterischen Lähmungen ist wohl die Aphonie, die meist plötzlich im Affekt entstanden, oft spontan ebenfalls im Affekt wieder verschwindet. Augenmuskellähmungen sind selten und werden meist durch Kontraktur der Antagonisten vorgetäuscht. Im Gebiet des Urthraltraktus findet man selten eine Inkontinentia urinae, häufiger dagegen Klagen über Harnverhaltung als Folge eines Sphinkterkrampfes. Das Krankheitsbild der Hysterie ist ein ungemein wechselndes. In den verschiedensten Fällen tritt bald das eine, bald das andere Symptom in den Vordergrund, oft scheint ein Symptom

das ganze Leiden auszumachen. Diese ungewöhnliche Reichhaltigkeit und die häufige Variabilität der Erscheinungen bewirken, daß die Hysterie leicht zur Verwechselung mit anderen Krankheiten führen kann, bei denen eine Reihe ähnlicher Symptome vorzukommen pflegen.

Die multiple Sklerose, eine der häufigsten Erkrankungen des Nervensystems, befällt meist das jugendliche Alter im 13. bis 15. Lebensjahr und macht sich in langsamem, chronischen Verlauf bis zum 45. Lebensjahr und darüber hinaus bemerkbar. Als Ursache nimmt Bick Erkältung, Infektionskrankheiten, Intoxikationen und in nicht wenigen Fällen Trauma an. Eine endogene Entstehung ist dagegen nach den neueren Untersuchungen von Siemerling entschieden abzulehnen. Nach ihm handelt es sich vielmehr um einen sicher entzündlichen Prozeß, der sich in seiner Ausbreitung an die Verteilung der Blutgefäße hält und zuerst zum Auftreten kapillarer Blutungen führt, mit geringem aber zweifellosem Ausfall der Fibrillen, stärkerem der Markscheiden, während die Gliawucherung teils als Reaktion auf den durch die einwirkenden Schädlichkeiten gesetzten Reiz, teils als blose Bildung von Narbengeweben anzusehen ist. Nach Charcot finden wir als Kardinalsymptome Intentionstremor, Nystagmus und skandierende Sprache. Bei aktiver Bewegung der Extremitäten und des Kopfes besteht als Begleiterscheinung ein Intentions- oder besser Bewegungszittern, das sich durch grobe, unregelmäßige Schwankungen auszeichnet. Ein ähnliches Zittern findet man bei den Augenbewegungen; die Sprache ist echt skandierend. Zeigt der Befund diese Trias, so wird man um eine Diagnose nicht verlegen sein. Daneben kann man aber eine Reihe anderer Symptome zu Hilfe ziehen, die, wenn auch nicht regelmäßig und ausgesprochen, so doch in sehr vielen Fällen in Erscheinung treten. So findet man motorische Schwäche vor allem in den Beinen, eine Steigerung der Sehnenreflexe und spastische Zustände. Der Gang ist spastisch-paretisch und zeigt ein gewisses Torkeln. Manchmal stellen sich apoplektiforme Anfälle ein, die eine halbseitige Lähmung hinterlassen. Diese Lähmungen können sich langsam wieder zurückbilden,

doch auch teilweise bestehen bleiben. Sehr häufig ist eine partielle Optikusatrophie nachweisbar. Ja, diese ist oft maßgebend, wenn Zweifel bestehen, ob es sich nicht um eine Westphalsche Pseudosklerose handelt, einer allgemeinen Neurose, die weder in ihren Symptomen noch in ihrem Verlauf von den am häufigsten vorkommenden Symptomenkomplexen der multiplen Sklerose unterschieden werden kann. Auffallend ist bei dieser Pseudosklerose das frühzeitige Hervortreten schwerer psychischer Störungen, ferner die Verlangsamung der Augen- und Gesichtsbewegungen und das paradoxe Phaenomen, während Nystagmus, Fußklonus und eben die Optikusatrophie nicht vorhanden ist. Fast regelmäßige Begleiterscheinungen der multiplen Sklerose sind Sensibilitätsstörungen verschiedenster Natur. Meist sind alle Gefühlsqualitäten gestört, mitunter jedoch nur einzelne, wobei strenge Halbseitigkeit vermißt wird; doch sind auch solche beobachtet. Die Blasenfunktion kann gestört sein; es handelt sich aber fast stets um vorübergehende Funktionsstörungen und zwar um Harnverhaltung. An psychischen Störungen sind leichte Abnahme des Intellekts gleichzeitig mit einer diese Intellektsabnahme begleitenden Euphorie das Gewöhnliche. Der Verlauf der Krankheit ist ein chronischer, und zwar progressiv oder in Schüben, so daß nach 5—20 Jahren meistens der Tod eintritt.

Wie wir aus den Begleiterscheinungen der Hysterie und der multiplen Sklerose sehen, besitzen beide Krankheitsbilder eine Reihe von Ähnlichkeiten, die wohl zu einer Verwechselung Anlaß geben können. Man sollte nun meinen, schon der verschiedene Ursprung dieser beiden Erkrankungen, einerseits organischer, andererseits funktioneller Natur, ließe eine leichte Unterscheidung zu. Doch bereitet nach dem übereinstimmenden Urteil vieler Autoren die strenge Abgrenzung beider Erkrankungen besonders in den Anfangsstadien fast regelmäßig große Schwierigkeiten. Buzzard sagt z. B.: »daß die Diagnose einer vollentwickelten Sklerose en plaques häufig, die der beginnenden aber fast immer und zwar meist infolge der Verwechselung mit Hysterie verfehlt wird.« Kann doch die Hysterie fast alle Formen der

multiplen Sklerose imitieren. Fehldiagnosen im Beginn der multiplen Sklerose beruhen meistens darauf, daß psychogene Symptome den organischen Erscheinungen gegenüber mehr in den Vordergrund treten. Hat nun der Untersucher seine Meinung schon auf die Diagnose Hysterie fixiert, so treten diese psychogenen Erscheinungen so sehr in den Vordergrund, daß er es leicht an einer gründlichen Untersuchung des Nervensystems fehlen läßt und so die organische Erkrankung übersieht.

Fassen wir nun die körperlichen Symptome beider Krankheiten ins Auge, so kommen an Funktionsstörungen vor allem die der Augen in Betracht. Bei der Hysterie finden wir gelegentlich nystagmusartige Zuckungen, doch unterscheiden sie sich von dem eigentlichen Nystagmus der multiplen Sklerose durch ihre Schnellschlägigkeit und den Mangel an Gleichmäßigkeit, sowie durch ihre reflektorische und psychische Beeinflußbarkeit. Augenmuskellähmungen können bei der Hysterie durch Spasmen der Antagonisten vorgetäuscht werden, sind aber niemals wirkliche Paresen. Wichtiger, ja wohl von entscheidendem Wert ist der Befund des Augenhintergrundes, insbesondere die Veränderungen des Optikus. Die centralen Skotome der multiplen Sklerose sind bei neurotischen Erkrankungen wohl nie vorhanden. Was die Störung im Gebiet der Rückenmarksnerven betrifft, so kommen Paresen bei beiden Erkrankungen vor. Selten jedoch sind bei hysterischen Lähmungen Muskelgebiete einzelner Nerven als vielmehr ganze Gliedmaßen oder Abschnitte derselben befallen. Um die Differentialdiagnose zwischen organisch bedingten und funktionellen Lähmungen zu stellen, nimmt man am besten Widerstandsbewegungen mit plötzlich nachlassendem Widerstand vor und untersucht den Kontraktionszustand, der bei intendierten Bewegungen als Antagonisten wirkenden Muskeln. Bei jeder organischen Lähmung schnellt das betreffende Glied beim plötzlichen Nachlassen des Widerstandes federartig in der Richtung der intendierten Bewegung zurück. Bei funktionellen Paresen hingegen tritt diese schnellende Bewegung nicht ein und die Bewegung wird mit dem Aufhören des Widerstandes gehemmt. Rudolf

v. Hoesslin bezeichnet dieses Phänomen als »Paradoxe Kontraktion der Antagonisten.« Treten starke Kontraktionen in den Antagonisten ein, so ist eine funktionelle Lähmung anzunehmen. Ein Nachlassen dieser Kontraktionen läßt sich gewöhnlich durch Ablenkung der Aufmerksamkeit der Kranken nachweisen, ebenso wenn man unverhofft eine Prüfung mit dem Patienten vornimmt und ganz unerwartete passive Bewegungen mit den kontrahierten Gliedmaßen ausführt. Schließlich kann die Untersuchung auch, um die Willensbeeinträchtigung ganz auszuschließen, die Narkose vorgenommen werden. Wichtig für die Unterscheidung ist auch das Verhalten der Zehen bei kontrahiertem Fuß. Eine hysterische Kontraktur des Fußes bildet einen Klumpfuß mit Bewegung sämtlicher Zehen; eine organische Lähmung zeigt dagegen die charakteristische Aufrichtung der großen Zehe, die gleiche Haltung, wie sie beim Babinski'schen Reflex vorhanden und charakteristisch für Läsionen der Pyramidenbahn ist. Bei organischer Kontraktur steigert sich bei jeder aktiven Bewegung der Spasmus; bei einem Hemiplegiker tritt daher beim Gehen eine entsprechende Änderung in der Haltung des Fußes auf. Ein hysterisch kontrakter Fuß dagegen bleibt in jeder Phase des Schrittes gleich. Läßt man bei einer organischen Lähmung den Kranken sich aus der Rückenlage ohne Benutzung der Hände aufrichten, so zeigen die Zehen oft eine dem Babinski'schen Phänomen ähnliche Stellung; das gelähmte Bein wird dabei von der Unterlage gehoben oder doch mehr als das gesunde. Bei hysterischen Lähmungen fehlt dieser Unterschied im Verhalten der beiden Beine. Der Gang des Hysterischen ist verschieden von dem eines an echter Hemiplegie Leidenden. Das Bein wird nicht im Bogen herumgeführt, sondern einfach direkt nachgezogen. Der Fuß schleift mit der ganzen Planta oder mit der Ferse am Boden hin. Dagegen ist der Gang bei multipler Sklerose ausgesprochen spastisch-paretisch, daneben macht sich eine Unsicherheit geltend, die den Kranken in Gefahr bringt, umzufallen. Der typische, spastische Gang kommt bei der Hysterie nicht vor, so daß dadurch die Differentialdiagnose zwischen den beiden Erkrankungen

wesentlich erleichtert wird. Ist der Zehenreflex in Dorsalflexion, das Babinski'sche Phänomen, nachweisbar, so kann man mit Bestimmtheit annehmen, daß das Leiden organischer Natur ist. Ein weiterer Beweis für den organischen Ursprung ist die Steigerung der Sehnenreflexe. Auch bei der Hysterie werden gesteigerte Sehnenreflexe beobachtet, doch läßt sich oft durch geschickte Ablenkung normales Verhalten nachweisen. Bei den Hautreflexen ist von Bedeutung, daß der Bauchdeckenreflex bei multipler Sklerose schon im frühesten Stadium verschwinden kann, während er bei der Hysterie trotz Anästhesien in dem betreffenden Gebiete gewöhnlich sehr lebhaft in Erscheinung tritt. Was die Sensibilitätsstörungen betrifft, so wird auch bei organischer Erkrankung gelegentlich Hemianästhesie angetroffen, doch kommt sie vor allem der Hysterie zu. Beschränkt sich die Empfindungsstörung doch bei Sclerosis multiplex auch meist auf die distalen Enden der Extremitäten, während sie bei der neurotischen Erkrankung ein viel ausgedehnteres Gebiet zu befallen pflegt. Wichtige Merkmale für die Diagnosenstellung sind ferner der Intentionstremor, die skandierende Sprache und die Störungen der Blasentätigkeit. Das Bewegungszittern pflegt bei der multiplen Sklerose stets grobschlägiger Natur zu sein. Tritt es bei Hysterie überhaupt auf, so ist die Abhängigkeit von psychogener Beeinflussung leicht nachweisbar. Echtes Skandieren ist bei der Hysterie eine Seltenheit. Das Verhalten in der Blasenfunktion ist schon schwieriger zu unterscheiden. Wird zwar bei der multiplen Sklerose schon frühzeitig eine leichte Behinderung angetroffen, so kann auch bei der Hysterie eine Erschwerung der Entleerung eintreten, die dann durch eine Sphincterkontraktur bedingt ist und die die echte Incontinenz leicht vortäuschen kann.

Alle diese Unterscheidungsmerkmale können jedoch versagen, wenn eine Kombination zwischen echter Hysterie und multipler Sklerose vorliegt.

Einige Autoren stehen zwar auf dem Standpunkte, daß sich eine echte Hysterie nicht mit einer multiplen Sklerose verbinde. Mit Hülfe der verschiedensten Methoden sei es

möglich, die funktionellen Erscheinungen von den organischen der multiplen Sklerose zu trennen. Andere dagegen sind der Meinung, daß die Hysterie sehr oft innig gepaart mit der multiplen Sklerose vorkommt. Charcot machte darauf aufmerksam, daß sich die multiple Sklerose am häufigsten mit der Hysterie verbindet. Treupel meint, daß bisweilen die Diagnose nicht schwanken muß zwischen multipler Sklerose oder Hysterie, sodann unbedingt zwischen m. Sklerose und Hysterie. Boldt berichtet über einen Fall, bei dem der Gesamtsymptomenkomplex auf eine traumatische Hysterie hinwies, bei dem nur eine einseitige Abducensparese stutzig machte und den Verdacht auf eine organische Erkrankung nahe legte. Der Verdacht wurde zur Gewißheit, als sich eine Ungleichheit der Kniereflexe und zwar eine deutliche Steigerung links, eine fast völlige Aufhebung rechts, herausstellte. Dazu kam noch das Babinskische Phänomen, das die Diagnose multiple Sklerose sicherte. Er ist jedoch der Meinung, daß mit dieser innig gepaart eine schwere Hysterie Hand in Hand ginge, ja, daß es schwierig sei, was von den Symptomen auf Rechnung der organischen, was auf Rechnung der funktionellen Erkrankung zu rechnen sei.

Auch Binswanger erwähnt einen Fall, bei dem eine 38jährige Frau mehrere Jahre als hysterisch behandelt wurde. Es bestanden halbseitige Sensibilitätsstörungen, heftigste psychische Reizbarkeit mit pathologischen Zuständen, viscerale Neuralgien. Erst das Auftreten einer linksseitigen Abducenslähmung, deutlicher Intentionstremor sowie eine beginnende Optikusatrophie gaben den Anlaß zur Diagnose multiple Sklerose. Sicherlich bestand hier daneben auch eine Hysterie, die vielleicht auf dem praedisponierten Boden der organischen Erkrankung entstanden, diese aber durch ihre verschiedensten Krankheitsmerkmale verdeckt hatte.

Meyersohn ist ebenfalls der Ansicht, daß beide Krankheiten ineinander komplizieren können. Hysterisch sollte dabei nur das Symptom gelten, das durchaus für die Hysterie spezifisch ist, während andererseits ein einziges sicher nicht hysterisches Zeichen, wie z. B. das Babinskische

Phänomen, genügt, um zu mindestens das Vorhandensein einer zweiten Krankheit anzunehmen. Donath schlägt vor, die durch Hysterie imitierten organischen Krankheitsformen als hysterisch zu bezeichnen und spricht demzufolge von »hysterischer, multipler Sklerose.« Müller glaubt, daß die Häufigkeit der Kombination zwischen Hysterie und multipler Sklerose weit überschätzt wird, wenn jedes funktionelle Symptom gleich als »psychogen« und jede psychogene Erscheinung im Gefolge einer multiplen Sklerose als genügender Beweis für die Annahme einer komplizierten Hysterie angesehen wird. Daß eine Komplikation bestehen kann, gibt auch er zu und führt die Möglichkeit darauf zurück, daß sich eine multiple Sklerose zusammen mit einer abnormen Veranlagung des Zentralnervensystems bei schon vorhandener hysterischer Veränderung entwickeln kann. So kommt man denn zu dem Schluß, daß ein Zusammentreffen von Hysterie und multipler Sklerose ziemlich häufig vorkommt und kann als Grund eine angeborene abnorme Veranlagung des Zentralnervensystems als die gemeinsame Basis beider Erkrankungen ansehen.

Der oben erwähnte, in der Kieler Nervenklinik behandelte Fall wurde auf Grund der erheblichen stets gleichmäßigen Spasmen, der Sehnenreflexsteigerungen, des Bewegungstremors und vor allem des positiven Ausfalles des Babinski'schen Phänomens für eine multiple Sklerose erklärt. Wie schon erwähnt, war der Fall nach dem Gutachten verschiedener Ärzte als Hysterie angesehen worden. Die von ihnen als Übertreibung angesehenen Störungen stellten sich während der klinischen Beobachtung als wirklich krankhaft heraus. Da kein nur für Hysterie typisches Merkmal besteht, kann auch keine Kombination von multipler Sklerose mit Hysterie angenommen werden. Der Fall zeigt also, daß man bei Verdacht einer Nervenkrankheit die Diagnose erst nach genauester Untersuchung, womöglich erst nach längerer Beobachtung stellen soll, da sonst leicht eine so schwere Erkrankung, wie es hier der Fall war, übersehen werden kann.

Zum Schluß möchte ich nicht verfehlen, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung und freundliche Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Müller: Multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Jena 1904. S. 200—216.

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Sechste Auflage. Berlin 1913. S. 431—456 u. 1392—1462.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Dritte Auflage. Jena 1911. S. 395.

Binswanger: Die Hysterie. Wien 1904. S. 60, 822.

R. Meyer: Über einen Fall von Hysteria gravis. I.-D. Wilhelmshaven 1911.

Treupel: Über multiple Sclerose in klinischer Beziehung und ihre differentielle Diagnose. Münchener medizinische Wochenschrift 1902. S. 865.

Meyersohn: Differentialdiagnose der multiplen Sclerose. Deutsche medizinische Wochenschrift 1912. S. 93.

Donath: Über hysterische multiple Sclerose. Neurol. Centralblatt 1896. S. 463.

Boldt: Zur Differentialdiagnose der Hysterie u. multiplen Sclerose. Münchener medizinische Wochenschrift 1903. S. 350.

R. von Hoesslin: Ein pathognomisches Symptom der funktionellen Extremitätenlähmung. Neurol. Centralblatt 1900. S. 412.

H. Paskert: Multiple Sclerose u. Trauma. I.-D. Kiel 1913.

W. Becker: Zur Symptomatologie der multiplen Sclerose. I.-D. Kiel 1913.

E. Bick: Zur Aetiologie und Symptomatologie der multiplen Sclerose. I.-D. Kiel 1913.

Lebenslauf.

Als Sohn des Rentners Gustav Schürhoff, geboren am 19. Juli 1888 zu Haspe, evangel. Konfession, besuchte ich bis zu meinem 14. Lebensjahre die Rektoratsschule zu Haspe, später das Real-Gymnasium zu Hagen, wo ich Herbst 1908 das Reifezeugnis erwarb. Ich wandte mich dann dem Studium der Medizin zu, studierte 3 Semester in Heidelberg, 2 in München und 6 in Kiel, wo ich Ostern 1911 die ärztliche Vorprüfung und Sommer 1914 das medizinische Staatsexamen bestand. Im Winter 1911/12 diente ich das erste Halbjahr beim Infanterie-Leib-Reg. in München.